

指定居宅サービス事業所管理者
指定介護予防サービス事業所管理者
指定居宅介護支援事業所管理者
指定介護老人福祉施設管理者
介護老人保健施設管理者
指定介護療養型医療施設管理者

} 様

京都府健康福祉部介護・福祉事業課長
(公 印 省 略)

平成23年度介護保険サービス事業者等に係る集団指導について

京都府では、介護保険サービスの質の確保及び介護給付の適正化を図ることを目的として、介護保険法（平成9年法律第123号）に基づき下記のとおり集団指導を実施しますので、いずれかの開催日に必ず出席してください。

つきましては、別紙参加票を4月27日（水）までに下記あて郵送又はFAXにより送付願います。

なお、同一敷地内で複数の事業所指定（例：介護老人福祉施設、短期入所生活介護、通所介護、居宅介護支援など）を受けておられる場合は、1封筒に1通の通知文を入れております。開封された担当者の方は、同一敷地内の各事業所の責任者に本通知の内容を御連絡いただくとともに、各事業所からの出席者について、別紙参加票によりとりまとめをお願いいたします。

記

1 開催日時及び会場

日 時	会 場
平成23年5月13日(金)13:00～17:00	宮津会館（宮津市字鶴賀2164番地）
5月15日(日)13:00～17:00	シルクホール（京都市下京区四条通室町東入）
5月17日(火)13:00～17:00	ガレリアかめおか大広間（亀岡市余部町宝久保1-1）
5月20日(金)13:00～17:00	京都会館第1ホール（京都市左京区岡崎最勝寺町13）

※いずれの日も内容は同じです。

2 内 容

- (1) 京都府における介護保険事業者等指導・監査方針
- (2) 事業運営上の重点事項等
- (3) 請求事務に係る留意事項等
- (4) 関連団体からの説明等
- (5) その他

3 参加票送付先

〒602-8570 京都市上京区下立売通新町西入ル藪ノ内町
京都府健康福祉部介護・福祉事業課事業者指導担当
TEL 075-414-4671 FAX 075-414-4572・4615

4 参加対象者

各事業所から、事業所管理者の方1名が出席してください。

<留意事項>

※ やむを得ない事情により管理者の出席が困難な場合は、管理者に準ずる責任のある方が代理出席してください。

※ 各事業所（サービス種別）ごとの出席者は1名としてください（複数の出席申込は御遠慮願います。）。

居宅サービス事業所等が同種の介護予防事業所の指定を併せて受けている場合でも、同種サービスの事業所からは1名の出席としてください。

<例> 同一敷地内で次のサービスを行っている場合の出席

・介護老人福祉施設	1名	} この例では 4名まで
・短期入所生活介護事業	} 1名	
・介護予防短期入所生活介護事業		
・居宅介護支援事業所	1名	
・通所介護事業	} 1名	
・介護予防通所介護事業		

※ 複数の事業所の管理者を兼務されている場合は、次のいずれの方法でも可能です。

- (ア) 1人の方が兼務事業所全てを代表して出席。（1人だけで出席）
- (イ) 1人の方が兼務事業所のうち1事業所の管理者として出席し、他の兼務事業所は代理の方が出席。（事業所数と同じ人数が出席）
- (ウ) 1人の方が兼務事業所のうち一部を代表して出席し、残りの兼務事業所は代理の方が出席。

※ 上記(ア)又は(ウ)の方法をとられた場合は、その出席者が代表しているサービス種別名がわかるよう、別紙参加票の「サービス種別」欄に当該サービス種別を記入してください。

※ 地域密着型（地域密着型介護予防）サービス事業者及び介護予防支援事業者は、本府が実施する集団指導の出席対象とはなっておりませんので、注意してください。

5 欠席の場合の取扱い

- ・ 集団指導に欠席された事業者等につきましては、後日個別の指導を予定しております。
- ・ 開催時刻に30分以上遅刻された場合、欠席扱いとなりますので、あらかじめ御了解願います。



平成23年度介護保険サービス事業者等集団指導参加票

〔同一敷地内で複数の事業所の指定を受けておられる場合は、各サービス種別（事業所）ごとの出席者を1枚にまとめて記入の上、提出してください。〕

事業所番号	※介護報酬の請求の際に使う、26で始まる10桁の番号です。		
事業所名称			
所在地	〒 - ※郵便番号は必ず記入してください。		
担当者氏名		連絡先TEL	

参加月日	サービス種別（事業所）	出席者の職・氏名（サービス種別ごとに）
	※サービス種別ごとに出席者名を記入してください。 ※1つのサービス種別について、出席者は1名までとしてください。 （介護予防サービスの指定を併せて受けている場合でも1名の出席とします。） ※1名の方が複数のサービス種別を代表して参加することも可能です。（その出席者が代表するサービスを全部記入してください。）	
例) 5/13 〃 -----	例) 介護老人福祉施設 通所介護（介護予防も） -----	例) 管理者 京都花子 〃 〃 -----

（質 問 票）質問がございましたらあらかじめ記入してください。

